REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1er de chaque mois

FONDÉE ET PUBLIÉE

Par le Docteur E. J. MOURE

Professeur libre de Laryngologie et d'Otologie,

Les ouvrages remis en double seront annoncés ou analysés.

POUR TOUT CE QUI CONCERNE LA RÉDACTION

S'adresser à M. le Docteur E. J. MOURE, 28, cours de l'Intendance, Bordeaux.

ABONNEMENT :

France . . . . 10f | Étranger. 12f

LES ABONNEMENTS PARTENT DU 1er JANVIER DE CHAQUE ANNÉE ET NE SONT REÇUS QUE POUR UN AN

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, — Place de l'Odéon, — 8

MDCCCLXXXIII

PUBLICATIONS DE LA REVUE

J. Baratoux. — *De la perforation du tympan, de ses cicatrices; moyens d'y remédier*, In-8, 16 pages 1 25

J. Baratoux. — *De la gastroscopie et de l'œsophagoscopie*, in 8° 15 pages avec figures en noir .... fr. 1 50

J. Baratoux. — *Otologie, pathologie et thérapeutique générales de l'oreille, diagnostic*, in-8°, 108 pages avec des figures en noir........................ fr. 3 50

L. Bayer. — *Deux cas de Mycosis tonsillaires, lingual et pharyngien*. In-8, 5 pages. 0 50

L. Bayer. — *De l'influence de l'appareil sexuel de la femme sur l'organe vocal et sur la formation de la voix*, in 8°, 16 pages........................ fr. 1 25

A. Ducau. — *Cliniques Otologiques du Docteur E. J. Moure. Sur quelques maladies de l'oreille*. In-8° 24 pages........................ 1 50

Ch. Fauvel. — *Histoire d'une balle retrouvée dans le Larynx*, 22 pages avec des figures en noir........................ fr. 1 25

E. J. Moure. — *Étude sur les Kystes du Larynx*, grand in-8° de 100 pages avec des figures en noir dans le texte........................ fr. 3 50

H. Guinier. — *Des conditions physiologiques de la laryngoscopie*, in 8°... fr. 1 25

H. Guinier. — *Contribution à l'étude des tumeurs éphémères ou non permanentes du larynx*, in-8°, 17 pages........................ fr. 1 25

Th. Hering. — *De la pharyngite chronique en général et de la pharyngite latérale en particulier*, in-8°, 18 pages........................ fr. 1 25

Joal. — *De l'angine sèche et de sa valeur séméiologique dans la glycosurie et l'albuminurie*, in-8°, 40 pages........................ fr. 1 50

Schiffers. — *Contribution à l'étude du Cancer du larynx*. In-8° 20 pages. 1 25

Pour recevoir l'un de ces ouvrages il suffit d'en adresser le montant au Bureau d la REVUE ou à l'Editeur.

4e Année. N° 9. 1er Septembre 1883.

REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE DU Dr C. MIOT

Surdité réflexe. — Guérison.

Mlle D..., âgée de quatorze ans, vient nous consulter pour une surdité survenue au mois de janvier 1880. Elle entend un bruit de coquillage dans l'oreille droite et est atteinte d'une surdité prononcée de cette oreille, moyenne de l'oreille gauche.

Le flux menstruel a paru, pour la première fois, il y a deux ans, s'est établi d'abord avec régularité, pour se supprimer ensuite pendant les mois de novembre et de décembre 1879, janvier et février 1880. Il est alors survenu des symptômes réflexes dus aux troubles de la menstruation : de la soif, de l'inappétence, des névralgies intercostales et lombo-abdominales, du malaise, des congestions passagères de la face et des pavillons auriculaires.

L'examen de la malade donne les résultats suivants :

P. C. G. 1, 0; 2, as. b.; 3, b.; 4 et 5, 0.
P. C. D. 1, 0; 2, f., 3, b.; 4 et 5, 0.
Ac. G. M. 0m50. P. V. M. 2m50.
Ac. D. M. contact. P. V. M. 0m20.

Bien que la malade ait une acuité auditive assez étendue de l'oreille gauche, ses parents et elle-même ont remarqué qu'elle faisait souvent répéter dans les relations ordinaires de la vie.

Diapason à gauche.

La réaction électrique du nerf auditif des deux oreilles est assez facile.

Le conduit gauche, en partie obstrué par du cérumen, peut être suffisamment éclairé dans ses parties profondes pour voir la membrane du tympan dans une certaine étendue. Le conduit droit est oblitéré par une masse cérumineuse.

Les trompes d'Eustache sont perméables par le procédé de Toynbee.

Traitement. — Instillations d'eau tiède dans le conduit droit, matin et soir.

8 décembre. — Après avoir extrait le cérumen de l'oreille gauche avec une curette et celui de l'oreille droite au moyen d'une injection d'eau tiède, nous constatons que les tympans sont normaux.

9 décembre. — L'acuité auditive de l'oreille droite a augmenté d'une manière très sensible, la perception crânienne gauche est assez bonne en deux et en trois; mais la malade n'entend pas bien certains mots à une petite distance et éprouve une certaine difficulté à suivre couramment la conversation. Le bourdonnement a cessé.

Traitement. — Électrisation de chaque oreille alternativement avec la pile Gaiffe à courants intermittents, au bisulfate de mercure : le pôle négatif au tragus, le pôle positif à la main du côté opposé (5 millim.).

12, 14, 16 décembre. — Électrisation des deux oreilles. La malade éprouve encore une certaine difficulté à suivre la conversation de loin et à entendre rapidement, ce qui prouve évidemment que l'accommodation se fait mal.

P. C. G : 1, 2, 3, b.; 4 et 5. as. b.
P. C. D. bonne
Ac. G. M. : 40 centimètres.
Ac. D. M. : 1m50.

26 décembre. — Électrisation des deux oreilles.

15 et 28 janvier. — Même traitement.

14 février. — P. C. et Ac. bonne. La malade étant guérie, nous lui prescrivons des pilules d'iodure de fer et du vin de quinquina, qu'elle prendra de temps en temps.

Remarques : Pour éviter les redites fastidieuses, nous avons l'habitude de désigner les diverses régions de la surface crânienne par des numéros. C'est ainsi que nous indiquons les perceptions crâniennes gauche et droite par P. C. G et P. C. D., et les régions frontale, temporo-frontale, pariétale et mastoïdienne par les n° 1, 2, 3, 4, 5, en les faisant suivre des lettres O. f, as. b, b, voulant dire que le malade ne perçoit pas le tic-tac de la montre appliquée sur le crâne ou le perçoit faiblement, assez bien ou bien.

Pour désigner l'acuité auditive de l'oreille droite ou de l'oreille gauche à la montre ou à la voix forte, basse, ou à la petite voix moyenne nous disons :

Ac. D. M. ou Ac. G. M; V, F; V. B : P. V. M.

Tous les médecins auristes devraient bien adopter ces abréviations, ou d'autres qui soient analogues. Nous n'avons pas à faire ressortir en ce moment les avantages qui en résulteraient; mais nous espérons que cette question sera traitée à la prochaine réunion générale de la Société française d'Otologie et de Laryngologie.

Pour donner une idée de la force du courant électrique intermittent qui nous a été nécessaire pour produire la réaction du nerf auditif, ou agir au point de vue thérapeutique, nous avons fait graduer sur le cylindre mobile de la pile au bisulfate de mercure de Gaiffe des divisions en millimètres et centimètres, et quand le cylindre est complètement rentré dans la bobine il est au O.

Après avoir examiné la malade, nous nous sommes demandé s'il y avait des lésions profondes de l'oreille droite. L'engouement cérumineux de cette oreille constituait, il est vrai, un obstacle à la transmission des sons à la membrane du tympan; mais on ne pouvait invoquer la même cause à gauche, puisque le conduit auditif externe était assez libre pour qu'on puisse éclairer et voir une partie de la membrane du tympan. De plus, le

diapason était mieux perçu de l'oreille gauche, et la perception crânienne n'était pas bonne.

L'utérus avait exercé une influence sur les oreilles, car les congestions passagères de la face étaient assurément déterminées par l'action réflexe du grand sympathique. Il en était de même de l'engouement cérumineux et de la surdité.

La diminution de perception crânienne ne nous a pas empêché de porter un pronostic favorable, la première fois que nous avons vu la malade, parce que nous avions déjà soigné un certain nombre de cas du même genre. Du reste, le début brusque de la surdité, l'absence de symptômes graves, la marche de la maladie nous indiquaient suffisamment que l'affection était incurable.

Dr C. Miot.

Tuberculose laryngée, nécrose et expulsion d'un cartilage aryténoïde, exostose du cricoïde ayant formé une épine osseuse et perforé l'œsophage (*suite et fin*) (1) ;

Par M. Dignat, interne à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux.

Les lésions qui se sont succédées dans le larynx, dont l'état a été décrit plus haut : ulcération des parties molles, périchondrite, ossification et nécrose des cartilages, sont le résultat tout naturel de l'évolution de la tuberculose sur cet organe. Il en est presque toujours ainsi en pareil cas. Toutefois, notre observation présente certaines particularités anatomo-pathologiques et cliniques qui méritent d'être mises en relief. Ne nous occupant ici que des lésions constatées, nous insisterons seulement sur deux points : premièrement, la multiplicité des lésions présentées par un même larynx; deuxièmement, l'état du cartilage cricoïde.

D'abord la multiplicité des lésions : rarement un larynx frappé de tuberculose présente un ensemble de désordres pareil à celui que nous avons observé ici. En dehors des lésions portant sur les parties molles, on voit, en effet,

(1) Voir le n° 8 Août 1883.

que tous les cartilages sont atteints, chacun plus ou moins profondément. Sans parler des altérations du cricoïde, sur lesquelles nous devons revenir, nous voyons que le thyroïde est ossifié dans la plus grande partie de son étendue, qu'en certains points il est même nécrosé, que l'aryténoïde droit est également frappé de périchondrite et même de nécrose, qu'enfin l'aryténoïde gauche a complètement disparu. De telle sorte que toute la charpente du larynx se trouve atteinte par le processus morbide.

Ce fait n'est point extrêmement fréquent. Dans son *Traité des maladies du larynx*, M. Morell-Mackensie (1) établit un tableau dans lequel il montre la fréquence avec laquelle chaque cartilage est atteint; or, sur dix cas de phtisie laryngée, il a vu six fois le cricoïde atteint seul, et quatre fois le cricoïde atteint en même temps que l'aryténoïde. Nous avons recherché parmi un assez grand nombre d'observations des faits analogues, et nous devons avouer avoir rarement vu, dans les observations que nons avons consultées, plus de deux cartilages frappés en même temps. Signalons ici, cependant, à ce point de vue, une observation publiée par MM. Lennox-Browne et Dundas Grant, et sur laquelle nous reviendrons plus loin. Dans ce cas, tous les cartilages du larynx étaient ossifiés. A ce premier point de vue, l'observation que nous publions présente peut-être quelque intérêt.

Mais ce qui est surtout intéressant, c'est l'état que présente le cartilage cricoïde. L'ossification dont il est atteint, n'est pas le fait qui puisse étonner : on sait qu'en général, dans la phtisie laryngée, ce cartilage est, ainsi que Trousseau (2) et la plupart des auteurs le reconnaissent le premier frappé. Il n'en est plus de même de l'exostose du bord supérieur de ce cartilage, exostose ayant, ainsi qu'on la vu, perforé l'œsophage. Une telle lésion ne paraît pas être commune : du moins ne l'avons nous vue mentionnée dans aucune observation. Trousseau

(1) Morell-Mackensie. — *Traité pratique des maladies du lorynx, du pharynx et de la trachée.* (Traduction de MM. Moure et Bertier, 1882.)

(2) Trousseau et Belloc. — *Traité pratique de la phtisie laryngée.* — Trousseau. *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu.*

ne rapporte aucun cas analogue, non plus que Mandl (1) et Isambert (2). Dans ses recherches sur la tuberculose du larynx, M. Heinze (3) ne signale aucune altération du cricoïde qui puisse être rapprochée de celle que nous constatons ici. Dans son étude sur l'histologie normale et pathologique des cartilages du larynx, M. Elsberg (4) garde le même silence, ainsi que M. Beverley Robinson (5) dans son article sur le même sujet. Chez presque tous les auteurs que nous venons d'énumérer ; on trouve en effet des observations de nécrose plus ou moins considérable du cricoïde, mais rien de plus. Il en est de même pour les cas signalés par M. Lancereaux (6) et par M. Cerné ; (7) quelquefois, cependant, on a vu le cricoïde, acquérir par suite d'une ossification très active un épaississement considérable. Ce fait caractérise l'observation purement clinique de M. Wernher (8). Il s'agit, dans ce cas d'un homme de cinquante- quatre ans, atteint de dysphagie lui permettant à peine d'avaler quelques liquides, chez lequel l'examen laryngoscopique ne fournit qu'un résultat négatif.

« Mais, avec le doigt introduit profondément, on sentait le cartilage cricoïde faire une saillie considérable dans le pharynx; la sonde œsophagienne, dont l'introduction n'était pas douloureuse, venait butter contre un obstacle qu'on ne pouvait lui faire franchir qu'en la portant latéralement et en saisissant le larynx avec les doigts et l'écartant de la colonne vertébrale (9). »

(1) Mandl. — *Traité des mal. du larynx.*

(2) Isambert. — *Conf. clin. sur les mal. du larynx.*

(3) Heinze.— *Die keh'kopsschwindsucht; nach unters. in pathologiskchlk. instit des univ. Leipzig.* 1879.

(4) Elsberg (Louis). — *Contribution to the normal and pathological histology of the cartilages of the iarynx.* (Archives of laryngology, 1881, vol 2).

(5) Beverley-Robinson. — *The laryngeal affections of pulmonary phthisis.* (Arch. of laryngology, 1881, vol. 2.)

(6) Lancereaux — *Tuberculose primitive du larynx, tuberculose secondaire du poumon* (Annales des maladies de l'oreille, du larynx et des organes connexes. :881, p. 338.)

(7) Cerné. — *Nécrose (par tuberculose laryngée) du cricoïde; accidents pendant la trachéotomie.* (Soc. anat. 1880. Novembre.)

(8) Wernher. — *Chronische wollstand. dysphagie.*

(9) *Resultat durch verdickung des Rinknorpels des larynx.* (Centralblatt f. chir. 1875, p. 30.) — Voir aussi Extrait in *Revue d'Hayem.*)

Un fait analogue, et dont M. Werhner rapproche le sien, appartient à Travers. Il s'agit, on le sait d'une femme atteinte de dysphagie complète, qui mourut subitement, et à l'autopsie de laquelle ou trouva une ossification complète des cartilages cricoïde et aryténoïdes, lesquels, très hypertrophiés, comprimaient et oblitéraient l'œsophage.

Ces derniers faits offrent certainement bien peu d'analogie avec le nôtre et même on peut encore se demander si, dans ces cas, il s'agissait réellement de phtisie laryngée. Il n'en est plus de même de l'observation suivante dont nous avons déjà parlé et qui a été publiée dans les « *Archives of laryngology* » par deux médecins de Londres, MM. Lennox-Browne et Dundas Grant (1), en même temps que quatre autres observations de phtisie laryngée.

En voici le résumé : Thomas B..., trente-six ans, vannier, a eu pendant trois ans une laryngite avec raucité de la voix. Amélioration pendant quelque temps. Plus tard, toux, enrouement allant jusqu'à l'aphonie. Dysphagie, surtout pour les liquides. En outre, signes de phtisie pulmonaire au deuxième degré. Mort.

A l'autopsie, qui ne porte que sur le larynx, outre d'autres lésions de cet organe, on constate que « le cartilage cricoïde présentait sur le côté droit de son bord supérieur, au niveau (*internal to*) de l'articulation crico-aryténoïdienne, une portion d'une consistance telle qu'on ne pouvait mieux la comparer qu'à la substance dentaire. Cette portion, creusée d'une cavitée de la dimension d'un grain de millet, avait toute l'apparence d'une dent cariée. » Tous les autres cartilages étaient dans un état avancé d'ossification.

On voit en quoi les deux observations se ressemblent. Mais on voit aussi que dans le cas publié par les auteurs anglais, les lésions étaient moins avancées que dans celui qu'il nous a été donné d'observer, puisqu'ici la paroi œsophagienne est perforée par le cricoïde, ce qui

(1) *Cases of tuberculose implicating the mouth and throat, reported with observations by Lennox, Browne and Dundas, Grant* (London). (*Archives of Laryngology*, january 1881, p. 1, Observation 1.)

n'a pas lieu dans l'observation rapportée dans les «*Archives of laryngology* ».

C'est là le seul cas de phtisie laryngée qui par la nature des altérations du cartilage cricoïde puisse être rapproché du nôtre.

Mais les périchondrites et la nécrose des cartilages du larynx pouvant dépendre d'affections autres que la tuberculose et pouvant être observées par exemple, dans la syphilis laryngée, dans le lupus du larynx, et parmi les complications de la fièvre typhoïde, nous avons recherché si, dans des cas de ce genre, on n'avait jamais rencontré une altération du cricoïde pareille à celle qui fait l'objet de cette publication. Or, il n'en est rien.

Ainsi pour la syphilis laryngée, l'observation purement clinique de M. de Lamallerée (1) d'une nécrose considérable du cricoïde ayant provoqué le retrécissement du larynx, n'offre guère de ressemblance avec notre fait ainsi que l'on peut en juger :

Rétrécissement du larynx consécutif à une nécrose syphilitique du cricoïde (Observation recueillie par M. DE LAMALLERÉE, interne a l'asile de Vincennes.)

Service de M. le Dr BRÉMOND.

Le nommé X..., bijoutier, âgé de cinquante-six ans, a contracté la syphilis en 1848; il fut, à cette époque, soigné à l'hôpital du Midi par M. le professeur Ricord.

Après six semaines de traitement dans cet hôpital, il reprit sa vie irrégulière, s'adonnant à la boisson et aux excès vénériens; les accidents secondaires survinrent à cette époque; mais c'est seulement six ans après que les premiers accidents syphilitiques se manifestèrent dans le larynx.

Ces désordres phonétiques étaient de courte durée, mais revenaient assez fréquemment. La voix n'a jamais été totalement éteinte jusqu'en 1868, époque à laquelle notre malade remarqua deux petits points d'un rouge vif sur la partie antérieure du cou; ils étaient situés l'un au niveau du cricoïde, un peu à gauche de la ligne médiane, l'autre au niveau de

(1) *Rétrécissement du larynx consécutif à une nécrose syphilitique du cricoïde*, par M. de Lamallerée (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx et des organes connexes*. 1878. Novembre, no 5, p. 261.)

l'insertion inférieure du sterno-mastoïdien droit. Au début, ces deux points ne formaient pas saillie, mais peu à peu ils augmentèrent de volume à peu près symétriquement; cependant, la tumeur supérieure prit dès le principe un développement plus considérable que la tumeur pré-sternale.

Au bout d'une année (1869), la tumeur supérieure avait atteint le volume d'un œuf de pigeon; l'autre était beaucoup plus petite. La tumeur pré-sternale tendit à diminuer de volume, et, quatre années plus tard, elle était disparue, laissant seulement à la peau qui la recouvrait une teinte rouge sombre, tandis que la tumeur supérieure se ramollit considérablement; un an après son apparition, elle devint douloureuse à la pression, fluctuante, s'affaissa et disparut complètement au bout de cinq ans. Elle avait été comme ombiliquée et avait présenté un point blanchâtre qui se détruisit lui-même, laissant écouler un liquide séro-purulent peu abondant, mais dont l'écoulement fut persistant. Ce trajet fistuleux une fois établi n'eut aucune tendance à s'oblitérer; la tumeur alors perdit de son volume.

Le malade a remarqué que chaque hiver l'écoulement se suspend quelque temps, qu'il se forme alors une croûte à l'orifice du trajet fistuleux, et que la tumear reparaît avec un empâtement et une rougeur considérables.

Cet état de choses établi, le malade, ne suivant aucun traitement, resta dans le même état de santé et voyait se reproduire bien plus fréquemment que par le passé ses périodes d'enrouement : sa voix parfois se perdait complètement durant des mois entiers, surtout pendant le temps où l'écoument de sa fistule était arrêté; il souffrait alors beaucoup au niveau du larynx, dans la respiration; la déglutition était normale.

Au commencement de l'année 1876, le liquide sortant de la fistule acquit une odeur fétide très prononcée, et le malade en retira deux fragments d'une substance dure qui, d'après sa description, ne saurait être autre chose que des parcelles du cricoïde. Ces deux esquilles étaient à peu près de même forme et mesuraient environ l'une 1 centimètre 1/2 de long sur 2 millimètres d'épaisseur, l'autre était un peu moindre. Après l'issue de ces deux fragments, la tumeur s'affaissa notablement et la voix resta éteinte duraut environ trois mois. Depuis lors, aucune parcelle de corps solide ne sortit par la fistule.

En 1877, le malade voyant sa tumeur reprendre des proportions considérables, entra dans le service de M. le professeur Broca qui porta le diagnostic de gomme ulcérée avec nécrose du cricoïde. Le malade, après quelque temps d'un traitement spécifique, sortit dans un état satisfaisant. Au printemps de cette année (1878), sentant renaître sa tumeur, notre malade retourna dans le service de M. le professeur Broca, où il resta trois mois; il en sortit très amélioré pour venir à l'asile de Vincennes où je le vois pour la première fois le 20 août. Le malade accuse une légère toux qu'il fait remonter à six ans; depuis cette époque, il a eu trois hémoptysies assez abondantes, la dernière il y a cinq ans, et, dans leur inlervalle, quelques crachements d'un sang épais, noirâtre, sous forme de caillots.

La percussion donne une légère submatité très bien limitée dans la fosse sus-épineuse gauche et la fosse sous-claviculaire gauche; à droite, de la sonorité peut être un peu exagérée.

L'auscultation révèle : aux deux sommets une expiration prolongée assez marquée en avant et en arrière, quelques points dans les fosses sus-épineuses et sous-clavièulaires gauches, où la respiration est nulle, et, autour de ces points au nombre de trois on perçoit des râles muqueux très fins et des craquements secs très fins; le reste du poumon ne présentait rien d'anormal.

L'examen du cœur ne révèle ni l'existence d'une lésion actuelle, ni les traces d'une ancienne affection.

Le malade présente, sur la moitié inférieure de la face antérieure du cou, une surface un peu élevée, à contours sinueux et d'une configuration irrégulière, Cette surface est rouge sombre, traversée verticalement par deux bandes cicatricielles très saillantes d'un blanc nacré; au niveau du cricoïde, il existe un trajet fistuleux qui laisse arriver le stylet jusque sur le cricoïde que l'on sent, à droite et à gauche, dénudé, couvert de rugosités, et d'une consistance spongieuse; à droite, on arrive sur le thyroïde, dénudé dans une étendue d'environ 1 centimètre carré. La voix du malade est rauque éraillée, sa tonalité est abaissée.

Le malade accuse au niveau du cricoïde une douleur lancinante qui parfois le réveille la nuit; il ne ressent rien le jour; la déglutition est normale, ainsi que la respiration. La pression

sur le larynx n'est pas douloureuse; la palpitation permet de constater de la raideur dans les mouvements du thyroïde sur le cricoïde, et, au niveau de ce dernier, une dépression notable au fond de laquelle on sent des rugosités très prononcées. Le thyroïde paraît anormal.

L'examen laryngien pratiqué à plusieurs reprises pendant le séjour du malade à l'asile m'a permis de constater : une hypertrophie glandulaire siégeant principalement sur la paroi postérieure du pharynx; on observe quelques glandules hypertrophiées sur la luette. Les piliers postérieurs du voile du palais portent des taches opalines au nombre de sept, traces d'anciennes plaques muqueuses que ie malade dit disparues depuis huit ans ; on en remarque aussi sur les deux commissures labiales et sur le frein de la langue, la partie sus-glottique du larynx présente de la rougeur diffuse avec un peu d'hypertrophie des deux cordes supérieures, principalement de la corde droite; les cordes inférieures ne présentent pas de lésions matérielles, elles ont un aspect lactescent, elles ne s'écartent pas complètement l'une de l'autre dans les grandes inspirations. Immédiatement au dessous d'elles se trouve un espace rétréci à un très haut point et inégalement. Ce rétrécissement porte sur le diamètre latéral, le diamètre antéro-postérieur paraît être normal. La muqueuse à ce niveau est plissée et maintenue par des brides cicatricielles assez saillantes. La trachée, dont j'ai pu apercevoir les quatre premiers anneaux, m'a paru saine, le jeu des articulations aryténoïdiennes est diminué et les cordes inférieures dans les plus grandes inspirations perdent environ 2 millimètres de leur écartement. Elles se rapprochent bien et leur bord libre arrive à s'affronter dans l'effort.

Rien d'anormal dans l'arrière-cavité des fosses nasales. Pendant son séjour à l'asile, le malade a été soumis au traitement spécifique, sa fistule s'est fermée; il est sorti dans un état satisfaisant.

Il en est de même pour la scrofule du larynx. On ne peut, en effet, rapprocher de notre observation, celle du Dr Landrieux, qui a été rapportée par M. Isabel (1) dans sa thèse. D'ailleurs, on ne doit pas oublier que les cas

(2) Isabel. — *Des scrofulides laryngées*, (Thèse de doctorat, p. 27. Paris, 1880.)

d'ossification et de nécrose des cartilages sont plus rares dans les affections syphilitiques et scrofuleuses que dans la phthisie. Ce fait ressort de la statistique de M. Heinze qui, dans la phthisie laryngée, a trouvé des ulcérations à la face postéro-interne du cricoïde 11 fois sur 12, tandis que, dans les cas d'ulcérations non tuberculeuses, il n'en a trouvé que 1 fois sur 12.

Aucune lésion analogue ne paraît non plus avoir été observée consécutivement à la fièvre typhoïde. Citons cependant un fait rapporté par M. Blaising (1) de laryngite ulcéreuse survenue dans le cours de la fièvre typhoïde, où le cartilage cricoïde, mis à nu par suite d'une ulcération étendue de la muqueuse, présentait une face supérieure rugueuse, et, à certains points, des lésions profondes (*Obs.* 11).

Le même auteur cite un autre fait dans lequel le cricoïde faisait hernie dans l'intérieur de la lumière laryngée.

«A l'autopsie du larynx, dit cet auteur (*Observation* 18, p. 45), la face externe ne présentait aucune altération visible. Détaché et examiné par l'ouverture supérieure, on ne trouve rien d'anormal. Mais lorsqu'on le fend par sa partie postérieure sur la ligne médiane, on tombe sur une cavité remplie de pus verdâtre assez bien lié et donnant lorsqu'on le presse entre les doigts la sensation de petits grains de sable. La cavité mesurant 0,018 de hauteur et 0,025 de profondeur est creusée aux *dépens du cartilage cricoïde qui proémine, déchiqueté au milieu de l'abcès*, et a fait hernie, recouverte de la muqueuse, dans l'intérieur de la lumière laryngée.

Nettement limité en bas par le tiers inférieur du cartilage cricoïde, cet abcès s'étend en haut, au-dessous des tissus recouvrant la face postérieure du larynx, jusqu'au cartilage aryténoïde droit. Là existe une ulcération fongueuse de 0,084 de diamètre à bords relevés qui fait communiquer le foyer purulent avec l'intérieur du larynx. »

On peut voir que dans le cas précédent il ne s'agissait

(1) Blaising. — *Complications laryngées de la fièvre typhoïde* (Thèse de doctorat, Nancy, 1880.)

pas d'exostose, car la saillie qu'on observait était due à une portion du cartilage cricoïde déchiqueté par un abcès qui s'était creusé à ses dépens.

On le voit, le fait publié par nous, est excessivement rare, non-seulement dans la phtisie laryngée, mais encore dans les autres affections de cet organe, quel que soit le point de départ de celles-ci.

Nous ferons remarquer, en outre, que si notre malade avait encore survécu quelque temps, nous aurions eu une nouvelle lésion à décrire. On a vu, en effet, que la partie antérieure du cartilage thyroïde, au niveau de l'insertion de la corde vocale gauche, était creusée d'une cavité pleine de pus. Il est à peu près certain qu'avant peu de temps il se fût formé en ce point une fistule faisant communiquer la cavité du larynx avec le tissu sous-cutané de la région antérieure du cou, ainsi qu'on en a déjà observé et signalé quelques cas.

Rappelons, enfin, que le malade n'avait ressenti de douleurs du côté du larynx que depuis un an. Si les renseignements fournis par lui étaient absolument exacts, il nous paraît utile de mentionner ce fait, qui indiquerait qu'ici l'affection laryngée a évolué avec une rapidité vraiment surprenante, surtout lorsqu'on songe à l'étendue et surtout à la profondeur des lésions qu'il a présentées.

Nous ferons enfin observer, en terminant, combien il eût été difficile, pour ne pas dire impossible, de reconnaître pendant la vie la perforation œsophagienne et de dire à quel moment s'est produite cette lésion. L'exostose éburnée du cricoïde, disposée en forme de coin, avait, en effet, selon toute vraisemblance, usé peu à peu la paroi postérieure du larynx qu'elle avait perforé lentement, à la manière d'une dent qui vient faire saillie au dessus de la gencive; et comme la pointe osseuse, remplissait exactement le trajet fistuleux, nous n'avons jamais observé, pendant la vie du malade, le moindre phénomène qui permît de penser à la pénétration des aliments, ni même des liquides, dans les voies aériennes.

DIGNAT

Compte-rendu de la Société de Laryngologie d'Amérique.

SUITE ET FIN (1)

Séance du 21 mai 1883.

Présidence du Dr LEFFERTS.

De la photographie du larynx (*On photographing the larynx*). — Le Dr FRENCH (de Brooklyn) lit un travail sur le procédé employé par lui pour photographier le larynx et sur les bons résultats qu'il a obtenus; il fait suivre sa communication de quelques photographies de l'organe vocal.

Tumeurs congénitales du larynx (*Congenital tumors of the larynx*) — le Dr JOHNSON rapporte 5 observations de ce genre.

Le Dr KNICHT (de Boston) est convaincu qu'en pareil cas il vaut mieux abandonner l'opération de la thyrotomie pour pratiquer simplement la trachéotomie, qui permettra d'extraire plus tard le néoplasme par les voies naturelles ou qui favorisera son expulsion spontanée.

Le Dr COHEN regarde les tumeurs congénitales du larynx comme extrêmement rares. Les tumeurs papillomateuses se développent au contraire facilement après la rougeole, la diphtérie, et même après une inflammation catarrhale. Il est également opposé à la thyrotomie non-seulement à cause des altérations consécutives de la voix, mais surtout à cause de la présence d'un tissu cicatriciel qui au moment de la puberté empêchera le développement du larynx.

Paralysie laryngienne à la suite d'anévrysme (*Laryngeal paralysis from aneurism.*) — Le Dr William PORTER lit un mémoire sur ce sujet, et l'Association se sépare jusqu'à trois heures de l'après-midi.

Phénomènes réflexes occasionnés par les maladies du nez (*Reflex phenomena due to nasal disease*). — Le Dr Louis ELSBERG, de New-York, rappelle que depuis plus de vingt ans il a signalé ce fait qu'une affection de la cavité

(1) Voir le no 8, Août 1883.

naso-pharyngienne, surtout si la muqueuse est tuméfiée et congestionnée, peut s'accompagner de perte de la mémoire, de dépression et d'autres phénomènes nerveux. En 1863, il avait observé un cas de chorée grave, guéri en traitant avec succès une affection du nez dont paraissait dépendre la maladie nerveuse. Pour expliquer les relations intimes qui semblent exister entre les maladies du nez et celles du système nerveux, l'auteur se rapporte à une communication faite par le Dr A. Jacobi, de New-York, à l'*Obstetrical Society*, dans laquelle ce dernier conclut en disant : 1° que le trijumeau et ses branches peuvent être irrités directement ou par action réflexe par une inflammation de la muqueuse du nez ; 2° que le gonflement de cette demi-muqueuse et le rétrécissement des conduits du nez qui en résulte chez l'enfant, surtout dans les cas de polypes, gêne notablement la respiration, d'où accumulation d'acide carbonique dans le cerveau et troubles consécutifs de centres respiratoires de la moelle allongée ; 3° que la muqueuse du nez et la dure-mère ont entre elles une relation intime.

Le Dr Mackensie (de Baltimore) appelle surtout l'attention sur la grande fréquence de la toux dans les cas de maladie du nez. Ainsi qu'il a déjà eu l'occasion de le dire devant la Société de Médecine de Baltimore, il est persuadé qu'il existe une zone parfaitement circonscrite, dont l'irritation artificielle ou pathologique a pour conséquence de produire une série de phénomènes réflexes et surtout la toux, et que cette zone est située dans la portion de la muqueuse qui recouvre la partie postérieure du cornet inférieur.

Le Dr Roé (de Manchester) insiste surtout sur l'asthme, et sur la fièvre des foins : cette dernière serait toujours la conséquence d'une maladie du nez. A l'appui de son opinion, il rapporte une observation de fièvre des foins guérie par l'ablation d'un cornet hypertrophié.

Le Dr Seiler (de Philadelphie) signale des cas de chorée guéris par la disparition de maladies du nez.

Il rapporte également un fait de coryza extrêmement violent qui durait peu de temps, mais survenait subitement et s'accompagnait d'un écoulement aqueux extrêmement abondant ; le Dr Seiler serait assez disposé à faire rentrer le

cas de ce malade parmi ceux que vient de signaler son confrère, M. Elsberg.

Le Dr Bosworth (de New-York) ne croit pas que l'on puisse donner à la maladie signalée par M. Seiler le nom de coryza, car l'examen microscopique et clinique a démontré la nature absolument aqueuse du liquide recueilli. Cet auteur rapproche ce fait de ceux déjà signalés par sir Benjamin Brodie, sir James Paget et quelques autres, et il le considère non comme d'origine réflexe, mais comme étant le résultat d'une affection du système nerveux général. Le Dr Bosworth appelle également l'attention sur l'existence du spasme de la glotte d'origine réflexe.

De l'odorat au point de vue hygiénique et médico-légal *(Smell hygienically and medico legally considered).* — Après avoir signalé la variété considérable d'odeurs que le nez humain peut reconnaître, le Dr Clinton Wagner appelle l'attention sur les dangers que courent certains ouvriers en respirant des vapeurs délétères et sur les conséquences fâcheuses qui en résultent pour eux.

Asymétrie des cavités nasales sans déviation de la cloison *(Asymetry of the nasal chamber Without septum deviation).* Le Dr Harrisson Allen (de Philadelphie), fait observer qu'il existe très souvent une différence dans le diamètre des fosses nasales postérieures. Il a constaté qu'à cette différence correspondait une asymétrie de protubérances occipitales; aussi par le simple examen de la tête pourrait-on déduire l'existence d'une déformation de la cavité du nez.

Du résultat du traitement des fibromes naso-pharyngiens (*The resultats of the treatement of naso-pharyngeal fibroma, with demonstration of successful cases, together with a table of seventy four operations by different surgeons*). — Le Dr R. Lincoln (de New-York) ne croit pas que l'on puisse employer une méthode de traitement unique, mais il pense cependant qu'il existe un moyen d'opérer plus simple que celui employé par les chirurgiens les plus distingués.

Après avoir rapporté un relevé statistique d'opérations pratiquées sur 58 malades, dont 46 hommes, et 8 femmes, et

4 dont le sexe n'était pas indiqué, l'auteur classe les faits d'après le procédé employé pour chaque opération.

L'opération fut pratiquée 7 fois sur 7 malades avec le bistouri, les ciseaux, les pinces, etc. Pas de récidive.

On pratiqua 12 fois l'opération sur 11 malades avec l'écraseur ou la ligature, il y eut 6 récidives durant la première année, et 4 malades furent revus pendant un an ou plus, sans récidive.

Traitement par des injections, des cautérisations etc., deux malades. Récidive durant la première année, 1.

Traitement par l'électrolyse, trois fois. Récidive pendant la première année 1.

Extraction par l'écraseur galvano-caustique, onze fois sur quarante malades. Récidives durant la première année 3; en observation pendant un an et plus sans récidive, 6.

Le Dr Lincoln rapporte en terminant le cas d'un polype enlevé avec l'anse galvanique, et dont le pédicule fut cautérisé au galvano-cautère.

Le Dr Jarvis dit avoir enlevé avec l'écraseur un fibromyxome de la cavité naso-pharyngienne venant faire saillie en arrière dans les fosses nasales. Une fois l'instrument placé on sentait de véritables battements artériels et cependant il n'y eut point d'hémorrhagie. Quatre mois plus tard il n'existait aucune trace de la tumeur.

Les Drs Andrew, H. Smith et Seiler, disent avoir également retiré de bons résultats du serre-nœud de Jarvis.

En terminant la séance le Dr Holder (de Newark) montre un photophore pour l'éclairage de la gorge et du larynx.

Séance du 23 Mai 1883.

Thyrotomie pour un cas de polype; développement consécutif d'un épithélioma dans la cicatrice cutanée sans lésion de l'intérieur du larynx *(A case of thyrotomy for morbid growth; with subsequent developpement of epithelioma in the cutaneous cicatrix, but without involvement of the interior of the larynx).* — Il s'agit, dit le Dr Solis-Cohen, d'un homme âgé de soixante-trois ans enroué

depuis deux ans, qui avait notablement maigri. Après lui avoir fait subir un traitement général, l'auteur pratiqua la thyrotomie, et l'examen microscopique de la tumeur révéla sa nature papillomateuse. Deux ans après le malade revint avec un petit nodule siégeant dans la peau sur le côté droit du thyroïde, avec lequel il n'avait aucune adhérence. Cette nouvelle tumeur enlevée par le Dr Agnew, était un épithélioma, tubulé. Dix semaines plus tard un autre nodule analogue au précédent apparaissait du côté gauche du thyroïde, et était opéré par le Dr Formade. Enfin le Dr Cohen enleva plus tard une partie de la peau qui était infiltrée de matière épithéliale. Le malade mourut en janvier 1883. L'auteur rapporte ce fait comme un exemple de tumeur maligne développée sous l'influence d'une irritation locale.

Recherches expérimentales sur la tension des cordes vocales *(Experimental researches on the tension of the vocal bands)*. — Dans ce travail, fait en collaboration avec le Dr Bowditch, le Dr Hooper (de Boston) cherche à démontrer : 1° que le cartilage cricoïde est le plus mobile de toute la charpente du larynx; 2° que le muscle crico-thyroïdien peut être décrit comme naissant du thyroïde sur lequel il s'insère et destiné à mouvoir le cartilage cricoïde; 3° que le courant d'air est un facteur important et direct de la tension longitudinale des rubans vocaux.

Des complications auriculaires, conséquences de l'inflammation du nez et de la gorge (*Aural complications of inflammatory conditions of the nase and throat*). — Le Dr Beverley Robinson s'étend longuement sur les complications auriculaires qui sont la conséquence de la fièvre scarlatine, de la rougeole, de la fièvre typhoïde et autres affections fébriles. Contrairement à ce que l'on pense en général, dit l'auteur, la maladie n'est pas due à la propagation de l'inflammation de la gorge ou du nez à l'oreille, par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache, mais bien à la maladie générale elle-même.

Le Dr Mackensie (de Baltimore) appelle l'attention sur les troubles de l'ouïe d'origine réflexe occasionnés par l'irritation de la muqueuse du nez. Il a pu produire une congestion de la caisse en irritant directement la muqueuse des cornets.

Le Dr Jarvis signale des faits de surdité occasionnés par la présence d'une hypertrophie de la muqueuse des fosses nasales postérieures et l'influence des déviations de la cloison sur les troubles de l'ouïe.

Deux points sur l'anatomie des lacunes des amygdales (*Two points in the anatomy of the lacuna tonsillarium*). — Le Dr Bryson Delavan insiste surtout dans sa communication, sur l'existence d'une large cavité unique dans chaque amygdale, cavité qui contient plusieurs replis glanculaires. Le second point est la facilité avec laquelle se détruit la muqueuse située dans la profondeur de ces vastes lacunes, facteur important à connaître pour la pathologie et le traitement des affections de ces glandes.

De la valeur des papillomes rétro-laryngiens comme moyen de diagnostic de la tuberculose (*The value of post laryngeal papillomata as a means of diagnosis in tubercular disease*). — Le Dr Mayer (de Montréal) reconnaît deux variétés de tumeurs : l'aspect velvétique et les tumeurs en forme de barbe de plume, qui seraient probablement les variétés d'une même maladie.

Le Dr Asch (de New-York) a souvent observé cet état particulier du larynx dans la tuberculose, mais il ne le considère pas comme ayant une valeur diagnostique absolue, parce qu'on observe cette même lésion dans d'autres cas.

Tumeurs pharyngiennes (*Pharyngeal tumors*). — Le Dr Morgan (de Washington) rapporte une observation de tumeur volumineuse enlevée du sinus glosso-épiglottique avec les doigts. Il considère comme une erreur de croire à la rareté des tumeurs purement pharyngiennes. L'intérêt du fait rapporté est surtout dans la présence d'un *sarcome pédiculé* dans cette région, le volume de la tumeur et le procédé d'extraction employé.

Un cas de mort subite après la trachéotomie (*A case of sudden death occuring after tracheotamy*.) — Le Dr Asch rapporte le fait d'un malade trachéotomisé sans accident d'aucune sorte qui, deux jours plus tard, mourut subitement. L'autopsie ne put faire reconnaître la cause de la mort.

. **Adhérence du voile du palais aux parois du pharynx** *(Adhésion of the velum to the walls of the pharynx).* — Cette affection serait, d'après le Dr ANDREW H. SMITH, le résultat d'ulcérations presque invariablement d'origine syphilitique. L'inflammation de l'oreille moyenne vient souvent compliquer cet état. Dans les cas d'adhérence complète, l'odorat n'existe plus et le goût est altéré. Le traitement consiste à dilater l'orifice avec des bougies, et si ce traitement échoue, à inciser les tissus; l'auteur recommande à cette occasion l'emploi de l'acide acétique ou monochlorique pour empêcher l'adhésion des surfaces sectionnées.

Après une courte discussion à laquelle prennent part MM. De Blois, (de Boston) et Ingals (de Chicago) l'association constitue son bureau pour la prochaine réunion qui aura lieu le troisième lundi de mai 1884, à New-York, sous la présidence du Dr Frank H. Bosworth.

Revue de la Presse

Un cas de langue noire. — Ayant lu récemment un article de M. le Dr Pasquier, d'Évreux (1), qui rapportait deux observations de nigritie de la langue (langue noire, glossophytie) et qui signalait la rareté de cette affection, j'ai pensé, dit le Dr MOURE *(Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux,* séance du 20 juillet 1883), qu'il serait intéressant de vous présenter une malade atteinte de cette maladie. Bien que son état soit notablement amélioré par des raclages quotidiens, qu'elle se fait elle-même, vous pourrez encore voir cet aspect particulier que l'on a comparé à de l'herbe couchée, à un champ de blé renversé par le vent, mais qu'il serait, à mon avis, plus exact de comparer au fond d'un jeune artichaut. La langue présente, en effet, un aspect gris-noirâtre et poilu, dû à l'hypertrophie des papilles filiformes de cet organe.

Déjà M. Maurice Raynaud, en 1869, avait présenté à la Société Médicale des Hôpitaux un malade atteint de cette

(1) In *Bulletin méd. du Nord,* 1883.

affection, et, dans l'examen microscopique pratiqué par lui à cette époque, il avait trouvé, au milieu de débris épithéliaux, des spores sans tubes de mycélium, spores qu'il avait comparées au microphyte de la teigne ou de l'herpès circiné. Plus tard, dans deux autres cas, il ne trouva pas de spores.

En 1876, M. Lancereaux présenta à la même Société un homme de cinquante ans, sur la langue duquel il constata l'existence des spores déjà signalés par Maurice Raynaud.

Enfin, en 1878, M. Dessois entreprit son travail inaugural sur ce même sujet et ne put réunir que trois observations.

Comme le fait observer cet auteur, et après lui M. Pasquier, toute la question est de savoir s'il existe réellement un champignon auquel on pourrait attribuer cette hypertrophie des papilles et cette coloration particulière de la langue. Je dois avouer que chez la malade que je vais avoir l'honneur de vous présenter je n'ai rien trouvé d'analogue; cependant, je dois bien dire que je ne considère pas mon premier examen comme concluant à cet égard, puisque j'ai raclé la langue de la malade au centre, près du sillon médian, c'est-à-dire dans le point où se fait d'abord la desquamation et où l'on est, par conséquent, le moins susceptible de rencontrer les spores signalées par les auteurs.

Enfin, pour être complet, je dirai que, d'après M. Malassez, le microphyte de la langue noire ne diffère point de celui que l'on rencontre chez les dyspeptiques, dans l'état suburral, et que si une hypertrophie normale des papilles linguales favorise l'arrêt et le développement des spores et, par conséquent, de la maladie, cette dernière ne semble ni contagieuse, ni inoculable, car les essais de culture faits par M. Dessois sur sa propre langue ont complètement échoué.

Je me permettrai d'ajouter, en terminant, que ma malade n'est point dyspeptique et qu'elle s'est aperçue de la coloration de sa langue après l'ingestion de pastilles de chlorate de potasse.

M. Vergely. — J'ai observé deux faits à peu près semblables chez deux sujets hypocondriaques dont l'estomac, il faut bien le dire, était assez mauvais. Leur langue était tantôt jaunâtre, tantôt noirâtre.

Je demanderai à notre confrère d'abord s'il a consulté la littérature médicale anglaise au sujet du cas qu'il nous

présente, car la question y a déjà été traitée. Je voudrais avoir, en outre, des renseignements sur les cellules obtenues par le raclage, sur les troubles nutritifs de l'épithélium. Enfin, je désirerais savoir si l'on peut faire ici un rapprochement avec le psoriasis.

M. Moure. — Je n'ai eu de renseignements bibliographiques que le travail de Pasquier, d'Évreux, la thèse de Dessois (1878) et la monographie de Maurice Raynaud (1869).

Quant aux renseignements histologiques, ils sont très bornés. Sous le microscope on n'a trouvé, en effet, que des débris de cellules épithéliales.

M. Saint-Philippe. — Pour moi, il s'agit là d'une affection purement locale; nous ne sommes en présence ni d'un lichen, ni d'un psoriasis. Je signalerai seulement un desideratum, à savoir que l'analyse de la salive n'a pas été faite, et j'appellerai l'attention de mes collègues sur ce fait accusé par la malade : l'abus du chlorate de potasse.

M. Moure. — Je réponds à M. Saint-Philippe que l'acidité de la bouche, alors même qu'elle existerait chez ma malade, n'a aucune espèce d'influence sur son affection. En ce qui concerne le chlorate de potasse, il a, comme je l'ai dit, la propriété, ainsi que l'humidité, de rendre la langue noire, lorsqu'elle est déjà grise.

Deux cas de sténose syphilitique du pharynx, par le Dr V. Jokolowski. — Le premier cas représente une occlusion de la partie inférieure du pharynx par une membrane transversale, cicatricielle, dure, ayant une ouverture centrale très petite, de sorte que l'alimentation et la respiration étaient fort gênées.

L'opération consista à faire de nombreuses incisions et la dilatation successives au moyen des tubes en caoutchouc de Schrotter. Le malade quitta l'hôpital quatorze jours après, « entièrement guéri ». — Mais pour combien de temps?

L. B.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme de vingt-six ans, qui n'avait que très peu de dysphagie et aucune gêne respiratoire; l'opération lui fut refusée. Mort peu de temps après en raison de sa tuberculose.

L'auteur mentionne le nombre des cas de ce genre observés jusqu'à aujourd'hui, nombre bien petit, quand on considère ceux qu'il a oubliés et encore plus ceux qui n'ont pas été publiés, car ils sont loin d'être des raretés. (*D. med. Wochenschr.*, n° 31, 1882. — *Monatsschr. f. Ohrenh*, n° 12, 1882.)

L. B.

L'asthme de foin, son traitement. — L'asthme de foin, ou asthme d'été est une maladie beaucoup plus commune en Angleterre et en Amérique que chez nous ; mais il est un point sur lequel on s'accorde dans tous les pays, c'est celui qui a trait à l'obscurité de sa pathogénie et à la tenacité des accidents auxquels elle donne lieu.

M. le Dr Roe, sans prétendre élucider complètement ces deux points, vient d'attirer l'attention sur une cause probable, mais mal connue encore de l'*hay fever*. Dans une communication faite à la « *Medical Society of the State of New-York* » il fait remarquer que jusqu'ici on a beaucoup trop négligé l'examen anatomique de la muqueuse nasale ; pour lui il ne suffit pas qu'un excitant spécial intervienne pour causer la maladie, il faut encore que la muqueuse nasale soit malade antérieurement et dans une sorte d'état de réceptivité.

Pour expliquer cette singulière maladie, on a mis en avant trois théories :

La plus ancienne, la plus connue et la plus séduisante à première vue est celle qui veut que l'action du pollen de certaines plantes sur la muqueuse nasale soit la cause d'une irritation spéciale devenant elle-même le point de départ de réflexes spéciaux.

L'*hay fever* revient périodiquement chaque année chez certains individus, le même jour à la même heure. Les botanistes disent, en effet, que la mise en liberté du pollen se fait avec une précision remarquable, presque à jour fixe.

On sait de plus que si les malades sont envoyés dans un port de mer ou dans une région montagneuse ils restent complètement indemnes.

— En 1868, Helmholtz pendant une attaque d'asthme de foin fit des expériences sur lui-même et crut découvrir dans les produits de sécrétions de la muqueuse nasale, des vibrions qu'il s'empressa d'incriminer.

— Enfin Beard, en 1876, a cru voir que la maladie qui nous occupe est une névrose.

Voilà les trois théories les plus connues. Voici celle que M. Roe propose :

Le professeur Bigelow, de Boston, a décrit sur les cornets inférieurs et sur la cloison un tissu très vasculaire analogue au tissu érectile des corps caverneux et qu'il nomme *turbinated corpora cavernosa.*

Ce tissu érectile est très vivement impressionnable soit directement comme par les poussières, soit par une cause éloignée comme l'effet de l'air froid et humide sur une région quelconque du corps. Supposez ce tissu vivement irrité et vous aurez les accidents de l'*hay fever* qui ne seraient qu'un ensemble de réflexes ayant pour point de départ la muqueuse nasale.

M. Roe croit que toutes les fois qu'on modifie profondément la muqueuse nasale hypertrophiée dans les régions que nous avons citées, la maladie est parallèlement modifiée, les accès sont moins intenses. Vient-on à détruire le tissu malade avec le galvano-cautère par exemple, on supprime les accidents qui sûrement ne reparaissent plus. (*Revue med. franç. étrang.*, n° 29, 21 juillet 1883).

Éversion des ventricule du larynx (*A Case, of prolapse of the laryngeal sac*). — I. Le docteur Solis Cohen, fut appelé par un de ses confrères, en septembre 1880, pour déterminer la cause d'une aphonie et d'un peu de cornage inspiratoire qui étaient apparus subitement pendant le cours d'une bronchite.

A l'examen laryngoscopique, l'auteur découvrit un renversement du ventricule laryngien du côté droit qui recouvrait la corde vocale de ce côté et restreignait ainsi l'orifice glottique. L'absence de démarcation entre la bande ventriculaire et le ventricule révéla la nature de la lésion, et la palpation avec la sonde qui permit de faire rentrer momentanément la partie déplacée confirma le diagnostic.

Le docteur Solis-Cohen recommanda à son confrère de se familiariser avec les manipulations auto-laryngoscopiques et de se traiter par des insufflations de sulfate de cuivre et quelques autres astringents. Quelques mois plus tard la moitié

antérieure des tissus renversés avaient repris leur position normale et la voix était devenue simplement enrouée.

Le 26 novembre 1880, le patient se montra aux membres de la Société de laryngologie, de Philadelphie, et le 20 décembre 1881, la voix était bien améliorée, quoique l'aspect laryngoscopique fut à peu près le même que celui de l'année précédente.

II. En même temps que son confrère, le docteur L. Elsberg rapporte une observation d'éversion des deux ventricules du larynx survenu chez un homme de trente-neuf ans. L'auteur parvînt à réduire presque entièrement d'un côté le ventricule déplacé et de l'autre il en excisa d'abord la partie antérieure avec des pinces coupantes disposées à cet effet, et quelques mois plus tard il enleva la partie de la muqueuse qui restait en arrière. La réaction inflammatoire fut moins grande que la première fois. Un an après il n'existait plus de trace de la tumeur du côté gauche (opéré), et à droite on apercevait un simple gonflement au niveau du ventricule. La respiration était libre, la voix nette, quoiqu'elle ne fut pas claire. (*Arch. of laryngology, New-Yorck n° 1, janvier 1882*).

Mémoire sur l'anche vocale ou crico-glottique de l'homme. — M. Moura lit à l'Académie de Médecine (séance du 14 août 1883) un complément de ses quatre mémoires précédents sur la laryngométrie.

M. Moura compare l'organe vocal de l'homme à un basson; la partie de cet organe comprise entre le bord supéro-antérieur du cricoïde et le bord libre de la glotte représente pour lui l'anche vocale.

Il étudie successivement les diverses dimensions de cette anche dans les deux sexes, en en comparant la hauteur à la longueur des cordes ou lèvres vocales, longueur qui varie selon que ces lèvres sont à l'état de repos et à l'état de tension.

M. Moura résume lui-même ainsi les résultats que lui ont donnés ces mensurations comparatives :

1° La hauteur de l'anche vocale mesure, en moyenne, 13 millimètres chez la femme et 16 millimètres chez l'homme;

2° Cette hauteur varie de 6 millimètres pour chaque sexe, et la différence entre l'anche féminine et l'anche masculine est de 3 à 4 millimètres ou 1/3 environ;

3° La hauteur de l'anche et la lèvre vocale ont, sur le même larynx féminin, une dimension identique 2 fois sur 11, soit pour l'état de repos, soit pour l'état de tension. Quant aux larynx masculins, leur identité n'existe que pour l'état de repos; elle a lieu 5 fois sur 33 ou 1/6 environ;

4° Leurs dimensions sont semblables dans le sexe féminin, 5 fois sur 11 pour l'état de repos, 2 fois pour l'état de tension et, dans le sexe masculin, 5 fois sur 8 pour le premier, 3 fois sur 8 pour le second état;

5° La hauteur de l'anche est plus grande que la lèvre vocale à l'état de repos, 7 fois et à l'état de tension, 2 fois sur 11 chez la femme, 4 fois sur 7 et 1 fois sur 33 chez l'homme;

6° La lèvre vocale, à l'état de repos, est par conséquent plus longue que la hauteur de l'anche, 2 fois et à l'état de tension 7 fois sur 11 pour le sexe féminin, 1 fois sur 2 et 5 fois sur 7 pour le sexe opposé;

7° La différence entre les deux dimensions sur le même larynx féminin ne peut s'élever ou descendre à 6 millimètres, et sur le même larynx masculin jusqu'à 10 millimètres;

8° Entre la hauteur de l'anche et la longueur de la lèvre vocale du larynx de la femme, il peut y avoir en plus ou en moins 6 millimètres, c'est-à-dire 12 variétés pour le sexe en général. Chez l'homme, ces variétés sont de 10 millimètres en plus ou en moins pour un même larynx, et de 20 pour le sexe en général;

9° La hauteur de l'anche vocale diffère de 1 millimètre avec le diamètre inférieur ou calibre du cricoïde chez la femme; l'un et l'autre sont identiques 2 fois sur 11 et semblables 7 fois;

10° Chez l'homme, l'anche mesure aussi 1 millimètre de moins que le calibre du bocal cricoïdien, 17 millimètres contre 16;

11° La hauteur de l'anche vocale et le calibre du bocal cricoïdien ont un rapport plus direct et plus stable chez la femme que chez l'homme;

12° La hauteur de l'angle du thyroïde présente 1 millimètre en plus, dans les deux sexes, que la hauteur de l'anche vocale, savoir : 14 et 17 millimètres contre 13 et 16 millimètres. Leur similitude existe 3 fois sur 11 chez le sexe féminin, 2 fois sur 3 chez le sexe opposé;

13° L'anche vocale a une hauteur égale à 2 fois celle du ligament crico-thyroïdien au repos dans les deux sexes;

14° L'insèrtion thyroïdienne inférieure de la commissure des lèvres vocales a la même hauteur que celle du ligament thyro-cricoïdien, en général, dans les deux sexes ; celle du sexe féminin mesure 6 millimètres, et celle du sexe masculin mesure 8 millimètres ou un tiers en plus;

15° L'insertion thyroïdienne supérieure de cette commissure présente dans chaque sexe 2 millimètres de plus que l'insertion commissurale inférieure en moyenne;

16° La hauteur du ligament thyro-cricoïdien et l'insertion commissurale inférieure réunies représentent, à 1 millimètre près, la longueur de là corde vocale au repos, chez la femme comme chez l'homme. L'identité entre ces deux dimensions existe 9 fois sur 11 chez la première, 8 fois sur 33 ou 1 fois sur 4 chez le second, et leur similitude 10 fois sur 11 et 9 fois sur 11. Leurs variétés comprennent 3 millimètres pour l'un et 4 millimètres pour l'autre;

17° Le ligament thyro-cricoïdien est plus petit que la hauteur de l'insertion commissurale supérieure, 8 fois sur 11 chez la femme, 1 fois sur 2 chez l'homme. (*Bulletin Acad. de Méd.* 14 août 1883.)

De l'opération radicale des polypes laryngiens; par le professeur Rose (de Berlin). — L'auteur a la singulière idée de regarder comme un fait excessivement fréquent qu'un même malade, à peine guéri, doive se soumettre à un nouveau traitement chirurgical pour l'extirpation des polypes laryngiens. Il rapporte un cas de guérison spontanée d'excroissance du larynx (pas d'examen laryngoscopique !) chez une jeune fille de douze ans, amenée à l'hôpital pour y subir la trachéotomie nécessitée par une suffocation menaçante. La malade avait déjà été traitée à l'hôpital pour une inflammation chronique de genou et des tumeurs lymphatiques de la cuisse. Après extirpation de l'une d'elles, ces tumeurs furent reconnues pour des lympho-sarcomes.

Comme le sujet présentait en même temps des tuméfactions dans la bouche et la lèvre inférieure, et que l'exploration digitale du larynx révélait « au-delà de l'épiglotte un amas de masses semblables, bosselées et non saignantes » *(sic)*, le diagnostic posé fut : sarcome métastique.

La trachéotomie fut donc reculée, comme n'étant que palliative; la malade fut mise au lit avec une vessie de glace appliquée sur le cou, défense expresse de parler. En outre, une alimentation liquide fut ordonnée. Par ce traitement « adoucissant », les symptômes s'améliorèrent; même en quelques semaines la sténose du larynx et la raucité de la voix disparurent, et, sans aucune autre opération ni médication, la malade retourna chez elle complètement rétablie. Quelques années après, l'affection du genou récidiva et fut guérie par une cure à la pommade mercurielle. L'auteur prend donc le cas pour une syphilis héréditaire tardive et regarde son diagnostic de sarcome comme une méprise; mais il considère toujours la disparition spontanée de papillomes comme l'exception, et leur récidive comme une règle (1).

Rose recommande d'enlever radicalement les papillomes du larynx par la laryngo-fissure en les excisant au moyen des ciseaux de Cooper; on enlève assez de muqueuse de façon à avoir, au lieu d'une éminence, une dépression; on cautérise après pour arrêter l'hémorrhagie. Il conseille de ne pas pousser trop loin la chirurgie endo-laryngienne dans les cas où il y a déjà des symptômes de dyspnée, ou au moins de la faire précéder par la trachéotomie.

Rose a traité à l'hôpital un homme de quarante ans ayant la voix rauque depuis trois ans et de la dyspnée depuis un an avec sténose laryngée; il lui a fait une laryngotomie; la partie sous-glottique du larynx était remplie par cinq tumeurs, dont l'une avait le volume d'une noisette et les quatre autres celui d'un noyau de cerise. L'excision fut faite au moyen de ciseaux de Cooper de la manière indiquée ci dessus et le sang arrêté au moyen de perchlorure de fer.

Les tumeurs étaient composées de tissu fibreux avec des dépôts calcaires. Le malade quitta l'hôpital avec une voix rauque, criarde, mais dépourvue de timbre. Il mourut dix ans après du typhus.

Du diagnostic de l'ulcère tuberculeux du larynx; par B. Frankel. — L'auteur a soumis à l'examen microscopique

(1) J'ai observé au moins quatre cas de disparition spontanée et radicale de papillomes du larynx, et je regarde la récidive des véritables papillomes du larynx, après les opérations endo-laryngiennes, comme l'exception.

L. B.

la sécrétion de toute une série d'ulcères tuberculeux du larynx, et constaté, par la présence presque exceptionnelle des bacilli caractéristiques de la tuberculose, que la nature de ces ulcérations n'offrait aucun doute.

Les matières examinées étaient enlevées aux ulcérations directement sous le regard de l'auteur au moyen d'un pinceau et colorées d'après la méthode d'Ehrlich. Avec la même assurance, Fränkel pouvait reconnaître la nature non tuberculeuse d'autres ulcérations, quoique cette découverte négative procurât assez de peine, parce que les bacilli se trouvent souvent en très petit nombre et inégalement distribués dans les préparations.

L'iodoforme n'a, d'après l'auteur, aucune influence sur le développement du bacillus de la tuberculose. (*Berlin. Klin. Wochenschr.*, n° 4, 1883. *Centralztg für. Chir.*, n° 12, 1883.)

L. B.

De la paralysie des récurrents; par le Dr Brieger. — Un homme de quarante ans avait pendant son travail brusquement perdu la faculté de s'exprimer d'une voix claire et nette; depuis lors il conservait cette voix aphone; trois mois auparavant, à certains moments, il avait tant de gêne dans la déglutition qu'il ne pouvait avaler que des liquides; tous ces embarras disparurent après une seule introduction de la sonde œsophagienne. Un mois après l'apparition des troubles vocaux une pneumonie se déclara, qui prit un caractère destructif et amena le malade à l'hôpital. Les difficultés de la déglutition ayant reparu, furent promptement dissipées par l'introduction de la sonde œsophagienne. Il y avait en outre une strume à gauche avec infiltration et gangrène du lobe supérieur droit des poumons; la corde vocale gauche était dans la position cadavérique de la paralysie complète, le pouls irrégulier. Petit à petit, la corde vocale droite est atteinte de la même façon. Le malade succombe subitement huit jours après son entrée à l'hôpital, à la suite d'une hémorrhagie ayant pour origine un ulcère de l'estomac. L'auteur fait remarquer que l'ensemble des symptômes décrits aurait pu faire penser à un anévrysme de l'aorte. On trouva cependant à l'autopsie pour chaque symptôme, excepté le pouls irrégulier, une cause particulière. La paralysie du récurrent

droit était provoquée par le gonflement aigu des ganglions lymphatiques, par suite de la gangrène pulmonaire; le récurrent était comprimé de tous côtés, mais son tissu plus fin, ainsi que les muscles innervés par lui, n'étaient pas encore altérés. Par contre, le récurrent gauche n'était pas plus gros qu'un fil, fin comme un cheveu, adhérent entièrement à la strume et ayant perdu complètement la moelle des tubes nerveux; il ne restait qu'une très petite quantité de cylindre-axes. Les muscles crico-aryténoïdien, postérieur et latéral gauche, présentaient des faisceaux musculaires très atrophiés avec des fibrilles en dégénérescence graisseuse. Quelques fibrilles semblables se trouvaient également dans les muscles ary-épiglottiques et thyro-épiglottiques gauches : d'où l'auteur conclut qu'il est faux d'admettre que les muscles abaisseurs de l'épiglotte ne soient innervés que par le nerf laryngé supérieur, car celui-ci était complètement intact. *(Charité-Annalen, VII,* 1882. — *Monatsschrift f. Ohrenh,* nº 12, 1882.)

L. B.

Fibromes multiples de la peau; fibrome de la paroi postérieure du larynx situé au-dessous des cordes vocales; périchondrite aryténoïdienne tuberculeuse; par le Dr Th. Hering.— Un homme qui avait, dispersés sur tout son corps, environ quinze cents fibromes mous de la grandeur d'un grain de mil à celle d'un œuf de poule, avait en même temps tous les symptômes de la tuberculose laryngée: raucité depuis quelque temps, dyspnée s'aggravant avec accès de suffocation; de plus, un peu de difficulté à la déglutition. L'examen laryngoscopique démontre un grand ulcère au niveau du cartilage aryténoïde gauche, et au-dessous des cordes vocales une tumeur rouge, jaunâtre, lisse, à surface granulée sur les bords, grande comme une cerise et remplissant toute la cavité. Des accès graves de suffocation nécessitèrent la trachéotomie, qui fut suivie, peu de temps après, par la mort survenue à la suite d'hémorrhagies pulmonaires abondantes. L'autopsie constate une tuberculose pulmonaire. L'ulcère du larynx, également de nature tuberculeuse, communique avec une petite cavité, dans laquelle se trouve le processus vocal nécrosé. A côté de l'ulcère existe une tumeur du volume d'une noisette, que l'examen microscopique démontre être

un fibrome mou, de même que la tumeur située au-dessous des cordes vocales. (*Wien. medic Presse,* n° 2, 1883. *Centralbl. für Chir.*, n° 20, 1883.) L. B.

CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES

(8e SESSION, COPENHAGUE 1884).

Le huitième Congrès international des Sciences médicales aura lieu à Copenhague du 10 au 16 août 1884.

Le Comité d'organisation chargé d'en préparer les travaux est composé comme suit :

Président : M. le professeur P.-L. Panum.

Secrétaire général : M. le professeur C. Lange.

Secrétaires : MM les Drs O. Bloch, C.-J. Salomonsen et Joh. Moller.

Trésorier : M. le professeur E. Hansen Grut.

Et des présidents des comités spéciaux des différentes sections, à savoir :

Section d'anatomie : M. le professeur Chievitz.
— de physiologie : M. le professeur P.-L. Panum.
— de pathologie générale et d'anatomie pathologique : M. le professeur C. Reisz.
— de médecine : M. le professeur F. Trier.
— de chirurgie : M. le professeur Holmer.
— d'hygiène et de médecine publique : M. le Dr E. Hornemann.
— de médecine militaire : M. Salomon, inspecteur général du service de santé de l'armée.
— de psychiatrie et des maladies nerveuses : M. le professeur Steenberg.
— d'accouchement : } MM. les professeurs Stadfeldt.
— de gynécologie : } Howitz.
— des maladies des enfants : M. le professeur Hirschsprung.
— d'ophtalmologie : M. le professeur Hansen Grut.

Section des maladies de la peau et de la syphilis : M. le professeur Haslund.
— d'otologie : M. le Dr W. Meyer.
— de laryngologie : M. le Dr W. Meyer.

Les comités spéciaux établis pour les sections ci-dessus mentionnées se sont complétés, en tant qu'ils l'ont jugé convenable, par l'adjonction de membres demeurant hors de Copenhague, soit en Danemark, soit dans les autres pays scandinaves.

Pour que la réunion du Congrès soit aussi féconde que possible en résultats utiles, les comités d'organisation des sections (suivant l'exemple des congrès précédents) se sont mis en relation avec des hommes éminents dans les différentes branches afin de fixer un programme.

Le programme sera envoyé avec les statuts à ceux de nos collègues qu'on présume s'intéresser aux travaux du Congrès et vouloir y prendre part.

Pour que le programme puisse être publié aussitôt que possible, il est très désirable que toutes les communications qui sont relatives au Congrès, et que le comité recevra avec reconnaissance, soient adressées au secrétaire général soussigné, avant le 1er octobre prochain, afin qu'on puisse y avoir égard dans la rédaction du programme définitif.

Les personnes ayant qualité pour être membres du Congrès qui, avant cette époque, auront manifesté au secrétaire général leur intérêt pour le Congrès et leur intention de prendre part éventuellement à ses travaux (en indiquant, s'il est possible, la section à laquelle ils préfèrent se joindre), recevront, aussitôt que faire se pourra, le programme et les statuts.

Copenhague, juillet 1883.

P.-L. Panum, *président.*
C. Lange, *secrétaire général.*

Le propriétaire-gérant, Dr E. J. Moure.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. Bellier, rue Cabirol, 16.